

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. MOREAU

Né à Paris le 29 mai 1895

Croix de guerre

Ex-externe des Hôpitaux de Paris

LA LANGUE DE LA SCARLATINE
CHEZ L'ENFANT

SON DIAGNOSTIC — SON IMPORTANCE CLINIQUE ET PROPHYLACTIQUE

Président : M. P. NOBÉCOURT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine. 15

1922

PARIS : M. P. ROUSSEAU, 1840.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA VILLE DE PARIS

17

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

R. MOREAU

Né à Paris le 29 mai 1895

Croix de guerre

Ex-externe des Hôpitaux de Paris

LA LANGUE DE LA SCARLATINE
CHEZ L'ENFANT

SON DIAGNOSTIC — SON IMPORTANCE CLINIQUE ET PROPHYLACTIQUE



Président : M. P. NOBÉCOURT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine. 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CAMARADES
tombés au Champ d'Honneur

A MES PARENTS

*C'est à leur vie de dévouement et
de sacrifice que je dois tout.*

*Puissent-ils trouver ici le témoi-
gnage de mon affection et de ma
reconnaissance.*

A MA FEMME

*En témoignage de ma tendre et
profonde affection.*

A MA FILLE

*Qui a su égayer ces dernières
années de labeur.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. NOBÉCOURT

Professeur de Clinique médicale des Enfants

AVANT-PROPOS

Pendant notre dernière année d'Externat, 1921-1922, nous avons été frappé de l'importance que joue la langue de la scarlatine au point de vue diagnostic, aussi orientons-nous notre thèse sur ce sujet, tenant tout d'abord à exprimer notre reconnaissance à M. le Docteur LESAGE qui nous a apporté de précieux renseignements et de bons conseils.

Nous profitons de cette occasion pour remercier également tout nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris :

M. le Professeur HARTMANN dont nous avons su apprécier, comme stagiaire, l'enseignement simple, clair et vivant.

M. le Professeur agrégé OKINCZYC, chirurgien des Hôpitaux,

M. le Docteur CADENAT, chirurgien des Hôpitaux, qui complétèrent notre éducation chirurgicale.

Nous n'oublierons pas M. le Docteur BERGE, médecin des Hôpitaux, qui eut la tâche ingrate de nous apprendre l'A. B. C. médical.

Externe de M. le Docteur FLORANT, médecin des Hôpitaux, en 1920-1921, nous avons su apprécier sa bonne clinique et sa bonté toute paternelle; nous lui témoignons notre plus profonde reconnaissance.

Nos remerciements à M. le Professeur agrégé DEMELIN, accoucheur des Hôpitaux, ainsi qu'à M. le Docteur VIGNE, accoucheur des Hôpitaux.

Nous remercions vivement M. le Professeur NOBÉCOURT de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

LA LANGUE DE LA SCARLATINE

CHEZ L'ENFANT

Son Diagnostic — Son Importance clinique et prophylactique

I

LA LANGUE DE LA SCARLATINE

La scarlatine, fièvre éruptive à agent spécifique encore inconnu, isolée de la rougeole depuis 1556 par Ingrassias (de Palerme), éveille dans l'idée de tous un type d'exanthème bien défini ; mais cependant combien nous avons été désillusionné en entrant pour la première fois dans un pavillon de scarlatineux, à la vue de ces multiples scarlatines frustes avec ou sans éruption.

Aussi, pour déceler cette maladie que Trousseau dans ses cliniques compare à l'inscription fruste « dont une partie plus ou moins considérable a été effacée et dont il ne reste qu'une ligne, qu'une lettre, et même seulement un point », nous avons été frappé de l'importance d'un symptôme sur lequel la plupart des auteurs n'insistent pas suffisamment : la langue scarlatineuse.

Nous décrirons dans ce premier chapitre cette langue et son évolution, ses rapports avec l'éruption.

Dans un second chapitre nous ferons son diagnostic pour insister dans les troisième et quatrième chapitres sur son importance clinique et hygiénique.

Nous rappellerons tout d'abord quelques éléments d'anatomie.

La seule partie de la langue qui nous intéresse est la face dorsale du segment buccal située en avant du V lingual, formé par les papilles caliciformes.

Cette face dorsale présente un sillon médian sur lequel viennent s'implanter régulièrement des rangées de papilles, à la manière des barbes d'une plume sur sa tige.

Depuis Malpighi nous savons que ces papilles sont au nombre de quatre :

1°) Les papilles caliciformes.

2°) Les papilles corolliformes ou filiformes, siégeant en avant du V lingual et formant les lignes régulières dont nous avons parlé plus haut. Ces papilles sont découpées au niveau de leur extrémité libre, à la manière d'une corolle et chaque prolongement est muni d'un long appendice épithélial. Elles sont formées de tissu conjonctif et de fibres élastiques nombreuses.

3°) Les papilles fongiformes, plus volumineuses (gros seur d'un grain de millet au plus), et moins nombreuses (150 à 200 d'après Sappey), apparaissent sous forme de petites élevures rougeâtres au milieu des papilles corolliformes. Nous ne les trouvons que sur les deux tiers antérieurs de la face dorsale de la langue, sur les bords et à la pointe. Elles ont la

forme d'un champignon et sont constituées par une élevation du derme.

4°) Les papilles *foliées* sont disposées uniquement sur les bords, mais en arrière, et sont très rudimentaires.

Les seules papilles qui nous intéressent sont les papilles fongiformes, recouvertes d'un épithélium mince d'où leur rougeur, et les papilles filiformes recouvertes d'un épithélium épais. Rappelons que toute la muqueuse buccale est recouverte d'un épithélium pavimenteux, lequel est plus épais sur la face dorsale de la langue.

Depuis longtemps la langue framboisée de la scarlatine est connue des classiques et Trousseau en fit une bonne étude clinique : « Le premier jour il n'y a que l'enduit limoneux plus ou moins épais, plus ou moins blanc, coloré en jaune ou en vert ; si le malade a vomi, il n'y a que la légère rougeur de la pointe et des bords ; le lendemain cette rougeur augmente d'intensité et d'étendue, elle augmente le troisième jour et vers le quatrième ou le cinquième l'enduit saburral a presque totalement disparu. Toute la langue est d'un rouge écarlate, elle est tuméfiée et la saillie considérable de ces papilles donne à sa surface un aspect analogue à celui d'une fraise. Vers le septième ou huitième jour, tout en conservant sa coloration, la langue devient plus lisse ; vers le huitième ou neuvième jour, l'épithélium se forme d'une manière très apparente, d'abord excessivement mince, comme une pelure d'oignon ; vers le douzième jour, il a

repris peu à peu son épaisseur naturelle, mais la membrane muqueuse reste un peu plus rouge qu'elle ne l'est dans son état normal. »

Mais cependant à cette merveilleuse description clinique que nous conserverons dans son ensemble, nous ajouterons que la langue dès le premier jour de l'éruption a un caractère bien spécial. Lors de l'invasion caractérisée par l'angine rouge écarlate, la température 38° à 38°5, le vomissement et la diarrhée, la langue est en général saburrale, mais vingt-quatre heures après, dès l'éruption, la langue se caractérise par « la desquamation amorcée sur la pointe et les bords, ce qui la fait immédiatement reconnaître pour une langue scarlatineuse » (Cojan).

Dès ce moment la desquamation linguale et l'éruption évoluent dans un parallélisme parfait.

Cette desquamation est complète classiquement vers le quatrième ou cinquième jour de l'éruption.

Nous la diviserons avec Lesage et Tissier en 4 stades qui formeront un cycle évolutif typique :

Premier stade. — La langue est allongée, rouge vif sur les bords et à la pointe, alors que sur le dos est un enduit pultacé, blanc, épais. Ce contraste entre les deux teintes est caractéristique (blanc sur rouge vif). De plus, quand on fait sortir la langue en dehors de la bouche, on est également frappé par le contraste entre celle-ci et la peau du visage, qui est le plus souvent pâle. Cet état de la langue persiste avec ces mêmes caractères pendant deux à quatre jours.

Deuxième stade. — Peu à peu le dépôt pultacé diminue d'étendue et tombe d'avant en arrière, si bien que le liseré rouge vif s'élargit sur les côtés et forme un V qui circonscrit le V blanc ; ce que le premier gagne, le second le perd. En effet, la langue desquame et évolue, c'est là encore un des caractères de la langue scarlatineuse.

Troisième stade. — Vers le septième, huitième jour, toute la langue est ainsi dépouillée, rouge, enflammée, écarlate, « framboisée ». La desquamation a mis à nu les papilles qui font saillie, n'étant plus masquées par les couches épithéliales. Cet aspect spécial dépouillé dure de quatre à huit jours.

Peu à peu, l'épithélium se refait par places, les papilles deviennent moins saillantes ; à ce moment le processus scarlatineux qui est tout de desquamation est terminé.

Quatrième stade. — La langue cesse d'être pointue ; elle perd sa teinte rouge écarlate, devient lisse et vernissée pour reprendre vers le quinzième jour son aspect normal.

« A mon avis, ce qui forme la base de cette étude de la langue est la congestion écarlate masquée par une prolifération intense de l'épithélium. Celui-ci desquamant, le fond congestif de la langue apparaît dans son plein. »

Ces lésions bucco-pharyngiennes sont comme les lésions cutanées dues à la congestion des capillaires du derme, qui aboutit à la desquamation de l'épithélium ; or comme celui-ci est beaucoup moins

épais sur la muqueuse pharyngienne et sur les papilles fongiformes, on conçoit fort bien que l'angine apparait la première, puis ensuite les papilles fongiformes rouges qui donnent à la langue son premier stade.

Cependant le cycle évolutif peut être plus ou moins atypique, et nous avons vu un cas où le V rouge circonscrivant le V blanc est remplacé par un W rouge circonscrivant un W blanc, chaque moitié de la langue formant deux V se circonscrivant et se réunissant sur la ligne médiane de la langue (observation IX); d'autres fois, le cycle de la langue est très atténué, et dans notre observation XI, nous avons vu une langue dont l'évolution s'est arrêtée au deuxième stade, la desquamation n'ayant pas intéressé toute la langue; aussi ne dirons-nous pas comme Lesage qu'il « est douteux qu'une langue chargée qui ne se desquame pas appartienne à la scarlatine », car dans ce cas nous avons assisté à une éruption de scarlatine, faible il est vrai, mais cependant très nette et ne prêtant à aucune confusion.

Cette dernière évolution atypique de la langue scarlatineuse peut être considérée comme une forme de transition entre le cycle lingual net et les scarlatines chez lesquelles on ne trouve aucun signe buccal. Mais dans ces cas cependant, nous vérifierons bien que postérieurement à l'éruption aucun signe buccal n'est apparu, car il existe des faits indéniables où, au moment de l'évolution de la maladie, la langue

reste intacte, alors que l'exanthème guttural vient affirmer la scarlatine (Filatow. Weill).

Mais ces cas où la maladie a été cutanée avant d'être bucco-gutturale sont l'infime exception, alors que « dans la majorité des cas, elle est bucco-gutturale avant d'être cutanée » (Lesage).

Mais assez souvent le cycle lingual est loin d'être en parallélisme complet avec l'éruption, et même ces modifications linguales semblent avoir été le premier symptôme de la maladie, même avant les phénomènes d'invasion. Lesage a déjà signalé depuis longtemps ces cas particulièrement intéressants :

« J'ai pu suivre, dit-il, quatre malades pendant la période d'invasion et j'ai remarqué vingt-quatre heures avant le début brusque (fièvre et gorge), la langue blanche déjà pointue et rouge sur les bords, la perte d'appétit, quelques nausées et un malaise vague. A ce moment, il n'existait, rien encore du côté de la gorge, ni du pouls, ni de la température. »

Mais tout dernièrement Cojan a, dans une statistique faite sur 62 cas de scarlatine, dont l'éruption a pu être précisée, trouvé 22 observations dans lesquelles l'exanthème était environ six à sept jours en retard sur le cycle lingual. Cojan précise même que le cycle lingual était arrivé à la fin du deuxième stade, même au troisième alors que les phénomènes d'invasion ne dataient que du jour même ou de la veille.

Nous rapportons du reste ici les observations de deux jeunes frères que nous avons vus nous-même à

la consultation de l'hôpital Hérold, l'un avec une langue complètement desquamée, l'autre ayant déjà une langue dont l'épithélium commençait déjà à se régénérer, alors que dans les deux cas les phénomènes d'invasion ne dataient que de la veille au matin (observations XII et XIII).

Nous retiendrons donc de ces faits que la langue de la scarlatine a un cycle net et typique, parallèle à l'éruption ou en avance sur celle-ci (une fois sur trois); la langue desquame pour devenir framboisée, pour ensuite se vernisser et se recouvrir d'une mince pellicule d'épithélium, puis redevenir une langue normale, rosée.

II

DU DIAGNOSTIC DE LA LANGUE SCARLATINEUSE

Maintenant que nous connaissons bien cette langue scarlatineuse et son cycle, nous devons nous défier de toutes les erreurs de diagnostic possibles.

Nous ne la confondrons pas avec la langue vermineuse de l'ascaridiose et de l'oxyurose, qui nous présente les papilles fongiformes « distribuées sur les bords antérieurs, sur la pointe et même parfois sur le milieu de la langue, nettement marquées sous forme de points rouges, séparées des unes des autres par des intervalles où l'aspect de la langue est normal, uni et rose chair. »

Cette description, reprise récemment par Couillaud, déjà connue d'Hippocrate qui avait noté son aspect grêlé, est nettement différente de celle de la langue de la scarlatine :

a) Par son aspect : les papilles saillantes étant nettement séparées l'une de l'autre par un épithélium normal ; l'absence d'enduit blanchâtre, et particulièrement :

b) Par son évolution : Elle ne desquame jamais et persiste dans le même état tant que l'helminthiase subsiste.

Aucune confusion ne sera possible avec la langue de la fièvre typhoïde, qui est humide, souvent saburrale et dont les bords et la pointe sont rouges, mais ne présentent jamais de papilles saillantes, sauf en cas de fièvre typhoïde prolongée et grave ; mais dans ce dernier cas, l'évolution totalement différente avec les signes concomitants de dothiéntérie feront de suite le diagnostic.

Dans la rougeole, la langue est également saburrale, allongée et rouge sur la pointe et les bords, mais parfois les papilles deviennent saillantes à la pointe dans les rougeoles particulièrement graves. Ce phénomène ainsi que le pronostic plus sombre seraient dus, d'après Couillaud, à l'association de la rougeole et de l'helminthiase, mais jusqu'ici aucune observation à notre connaissance n'est venue confirmer cette hypothèse.

Autrement délicat est le cas où, dans la rougeole, nous trouvons une langue nettement framboisée. Vladimirow estime que la rougeole grave, accompagnée d'une éruption intense, peut donner cette langue scarlatineuse ; au contraire, Lesage pense : ou qu'il y a association de rougeole et de scarlatine « limitée aux seuls signes gutturaux et buccaux », ou que ces rougeoleux sont d'anciens scarlatineux méconnus encore en puissance de scarlatine, du fait de leur langue framboisée, qui peut persister jusqu'à huit jours (cas observé par Moizard), et jusqu'à un mois et même deux ans (cas relatés par Lesage). A ce propos ce dernier rapporte ce qui suit : « J'ai observé un

cas où un enfant bien isolé n'avait pu prendre la scarlatine qu'au contact d'une de ses parentes qui, seule, venait le voir. Or, cette dame avait la langue « framboisée », la gorge rouge, des troubles digestifs depuis une scarlatine datant de deux ans. »

Du reste, cette association de la rougeole et de la scarlatine est rare et dans une statistique, sur 1823 cas de rougeole ce dernier auteur n'a trouvé que 35 fois la langue dépouillée et framboisée, soit une proportion d'environ 2 o/o.

Nous ne parlerons pas des cas où les deux éruptions nettes prouvent l'association certaine, du reste confirmée par une double desquamation lamelleuse et furfuracée.

Enfin nous ne confondrons pas la langue dépouillée avec la glossite exfoliatrice marginée. Nous insistons sur ce point, car nous nous rappelons d'une de nos erreurs de diagnostic, alors que nous débutions à la consultation de l'Hôpital Hérold. Nous étions heureux d'avoir trouvé une langue au troisième stade sans aucun phénomène d'invasion, mais nous devions bientôt être désillusionné : nous avions devant nous une desquamation marginale aberrante de la langue. Le diagnostic en est pourtant simple et ne permet aucune confusion dès l'instant que l'on connaît les symptômes et l'évolution de cette affection.

Nous la rencontrons surtout entre six mois et trois ans ; son évolution est chronique, indéfinie, sans symptômes généraux et sans gravité.

Au début, on note sur la langue par endroits un

épaississement notable, blanc grisâtre, dû à l'hyper-trophie et à la prolifération épithéliale ; cet épaississement tombe spontanément, laissant le derme dépouillé par plaques. A leur périphérie la prolifération épithéliale continue et forme un léger bord blanchâtre qui desquame à nouveau. Cette prolifération et cette desquamation progressent peu à peu, et ces différentes plaques se réunissent pour former une véritable carte géographique, rappelant certains érythèmes circinés de la peau » (Comby). Parfois cette desquamation finit par dépouiller complètement la langue qui offre alors quelque ressemblance avec la langue scarlatineuse.

Cependant bien des caractères différentiels nous éviteront cette erreur. La dénudation complète de l'organe est rare, car la destruction et la régénération épithéliales marchent de pair, si bien que nous trouverons toujours ces trois stades successifs de l'épithélium lingual : prolifération, desquamation et régénération.

Ces caractères la différencient donc bien de la langue scarlatineuse, du reste si nous avons quelque hésitation, il nous suffira d'attendre au lendemain pour voir en cas de scarlatine la langue évoluer selon son cycle typique.

III

DE L'IMPORTANCE CLINIQUE DE CETTE LANGUE

A présent que nous connaissons fort bien la langue scarlatineuse ainsi que son évolution, nous allons pouvoir montrer quelle est son importance et de quel précieux secours elle nous sera en clinique.

Comme nous le savons, la scarlatine est une maladie éruptive que l'on ne connaît jamais suffisamment étant donné ses variétés multiples si l'on ne considère que l'exanthème, et Weill a pu même dire : « Plus on voit de scarlatines, plus on est embarrassé pour établir un diagnostic. »

Certes lorsque nous voyons un exanthème scarlatineux typique, écarlate, avec tous les phénomènes d'invasion classiques, la langue ne sera là qu'un signe complémentaire d'une scarlatine évidente, mais combien de fois avons-nous été embarrassés devant des éruptions frustes à peine visibles, qu'il faut rechercher minutieusement afin d'arriver à les déceler aux plis du coude ou au pli du genou, ou même qui sont déjà disparues lorsque l'on est appelé au lit du malade.

A coup sûr les phénomènes d'invasion seront là

pour aiguiller notre diagnostic, mais cependant un fait important est à retenir : les signes gutturaux et buccaux, même dans les cas frustes, sont en général très nets. En ne regardant que les amygdales, nous pourrions très bien diagnostiquer « angine rouge » une scarlatine fruste qui ne passera plus inaperçue dès l'instant que nous remarquerons une langue effilée, rouge sur les bords et la pointe, à papilles saillantes, et qui les jours suivants se dépouillera complètement.

Ce diagnostic n'a pas seulement une valeur clinique, mais également une grande valeur thérapeutique et prophylactique sur lesquelles nous insisterons plus tard.

Mais combien nous sera plus précieux ce signe lingual lorsque nous aurons devant nous des scarlatines sans exanthème.

Nous ne sommes plus à traiter avec Janin de Saint-Just « de baroque, l'idée des personnes qui ont cru à l'existence d'une scarlatine sans éruption chez les enfants qui, au milieu d'une épidémie, ont présenté tous les symptômes de la maladie, la rougeur de la peau excepté », et la littérature médicale a rapporté de multiples cas de scarlatine sans aucune éruption.

Or, pendant longtemps, ces cas n'ont été diagnostiqués d'une façon précoce qu'en temps d'épidémie.

Dans ces cas cependant où « la scarlatine peut ne pas apparaître du côté de la peau, elle n'en est pas moins grave » (Trousseau), aussi est-il extrêmement

important de la déceler précocement même en dehors de toute notion d'épidémie, et surtout à Paris, où la scarlatine est à l'état endémique. « Il faut toujours songer à la scarlatine quand on examine un jeune enfant atteint d'une angine » (Hutinel). Pour cela, pendant l'examen de la gorge nous regarderons la langue qui, si elle présente un état quelconque du cycle lingual, fera faire le diagnostic. Nous rechercherons alors l'éruption qui, absente, pourra être remplacée comme l'indiquent Saint-Philippe et Dieulafoy, par du prurit. « D'autres fois on verra survenir une desquamation, et ce sera le premier symptôme cutané observé. Parfois on ne note aucun symptôme du côté de la peau » (Tissier) (Observations II, IV, V).

Nous avons vu également d'après une statistique de Cojan qu'une fois sur trois, la signature de la scarlatine était indiquée sur la langue même avant tout symptôme d'invasion; aussi n'est-il pas à dédaigner au point de vue pratique de poser un diagnostic précoce et de prévenir les parents que, dans les jours qui suivront, leur enfant fera une éruption de scarlatine. Dans ces cas la langue offre la même importance que le signe de Koplik dans la rougeole (observation VIII).

Les érythèmes scarlatiniformes, qui par leur définition même indiquent que leur exanthème est identique à celui de la scarlatine, sont loin d'être d'un diagnostic toujours facile (observation III).

Dans ces cas difficiles nous dirons avec Moizard,

Hutinel, Tissier que l'examen de la langue viendra dans tous les cas lever le doute. La dermatite exfoliatrice a des signes bien caractéristiques : desquamation précoce généralisée, intense, accompagnant parfois l'éruption, la chute des poils et des ongles, la notion du caractère récidivant. Mais en cas de doute l'absence d'angine et de langue scarlatineuse viendra confirmer le diagnostic.

Quelquefois (1,5 pour 100 d'après les différents auteurs, Jeanselme, Lettry, Henry, Rouèche), dans la convalescence de la scarlatine nous avons des rechutes. Y a-t-il réellement rechute ou récidue, ou simplement un érythème infectieux scarlatiniforme, ou encore un érythème médicamenteux, ou bien une scarlatine prolongée?...

La langue nous sera encore d'un précieux concours en l'occurrence. Si nous trouvons dans une scarlatine une langue dépouillée, framboisée, une gorge rouge qui restent ainsi dans un état identique pendant deux à trois semaines, et si vers la troisième ou quatrième semaine une ou plusieurs nouvelles éruptions à type scarlatiniforme se reproduisent, nous dirons que nous avons une scarlatine prolongée et non une scarlatine à rechûtes. En effet, pour qu'il y ait véritablement rechûte, il faut que tous les signes de la scarlatine soient complètement disparus depuis plusieurs jours et qu'ils réapparaissent : fièvre, vomissements, gorge rouge, langue passant par les différents stades du cycle évolutif et éruption.

Nous distinguerons aussi les rechutes vraies et les

récidives des fausses rechutes comprenant les érythèmes infectieux streptococciques ou pyohémiques, les exanthèmes médicamenteux dus au sérum de Roux, la quinine, l'antipyrine, la belladone, l'iodoforme au temps des vastes pansements iodoformés, par « cet état particulier de la langue » (Rouèche) (Observations VI et VII).

Le cycle évolutif de la langue nous permettra également d'éliminer les érythèmes scarlatiniformes qu'on observe dans certaines maladies infectieuses, la diphtérie, la fièvre typhoïde par exemple. Du reste, pour la diphtérie, cet érythème est tardif, et le diagnostic ne deviendra embarrassant que dans un cas d'apparition précoce.

L'absence de la langue scarlatineuse est un fait dans le rash scarlatiniforme qui se produit avant l'apparition de la varicelle (1 ou 2 fois sur 100 d'après Comby). Cependant nous savons qu'assez souvent la scarlatine et la varicelle s'associent ; dans ce cas l'évolution de la langue, l'angine, ainsi que la desquamation viendront confirmer le diagnostic. La langue nous sera alors d'un précieux secours et nous pourrions isoler le malade atteint de varicelle et scarlatine.

La varicelle offre, il est vrai, un énanthème, mais cet énanthème, fugace, avec des vésicules éphémères qui laissent des traces ne présente nullement l'allure clinique de l'énanthème scarlatineux. Cependant Comby a signalé une stomatite qui peut prendre la première place dans la symptomatologie de la vari-

celle, mais outre qu'elle est exceptionnelle, elle est de très courte durée et ne peut prêter à aucune confusion.

Nous rapportons une observation de Léonard de Saint-Paul étiquetée varicelle, ayant débuté par un rash scarlatiniforme, dans laquelle la langue a été totalement dépouillée. Nous ne doutons pas de la valeur de ce diagnostic, mais nous nous demandons si, dans l'entourage du petit malade, il n'y a pas eu aucun cas de contagion (observation I).

Du reste tous ces cas de rash et d'érythème scarlatiniforme ne seront réellement classés que lorsque nous connaîtrons l'agent spécifique de la scarlatine qui nous donnera ainsi le moyen de poser un diagnostic réellement positif par des examens de laboratoire appropriés.

La langue scarlatineuse a aussi une grande importance pour dévoiler l'étiologie de nombreuses albuminuries primitives et qui ont succédé à des scarlatines frustes et méconnues. Comby dit lui-même : « Une langue pareille a permis souvent de faire le diagnostic rétrospectif de la scarlatine », ce qui nous a été d'un précieux secours dans un cas que nous avons observé dernièrement (obs. X).

Un petit malade vient à la consultation pour fièvre, courbature et amaigrissement ; à l'examen nous trouvons de suite une langue complètement dépouillée et framboisée, et nous apprenons comme confirmation que huit jours auparavant il a eu une angine avec fièvre et vomissement. Dès ce moment notre

diagnostic était établi : notre petit malade avait fait une scarlatine méconnue, l'éruption n'ayant pas été remarquée ou n'ayant pas apparu. Comme notre malade avait toujours de la température, nous orientons de suite nos recherches vers les complications de la scarlatine : aucune angine, pas d'otite, absence de coryza et de bubon scarlatineux, pas de manifestations articulaires ni séreuses du côté du cœur et du poumon ; nous recherchons alors une complication rénale.

En sa faveur nous ne trouvons guère de signes et sans la notion de scarlatine antérieure nous ne l'aurions peut-être pas recherchée avec tant de minutie.

Nous ne notons qu'une infime albuminurie, des points douloureux lombaires provoqués et non spontanés, et de la torpeur. Par contre, aucune céphalée, aucun vomissement et absence complète d'œdème. Nous posons cependant dès ce jour le diagnostic de néphrite scarlatineuse précoce sur les points douloureux nettement marqués, diagnostic confirmé du reste dans les jours suivants par la diminution des urines, leur aspect « bouillon sale », la présence de cylindres épithéliaux et par le dosage d'urée sanguine, puis plus tard par l'épreuve du bleu de méthylène.

Nous avons donc diagnostiqué dès le premier jour une néphrite du début de la scarlatine, néphrite urémigène qui, si elle était passée inaperçue, comme il est malheureusement assez fréquent (du fait de l'absence de l'albumine dans les urines), se serait manifestée plus tardivement par un début soudain

avec anasarque facial, bientôt généralisé, et avec albuminurie alors considérable. Nous connaissons le pronostic immédiat très sombre de ces néphrites à début apparent urémique qui, si elles ne sont pas suivies de mort imminente dans le coma, font toujours craindre une récurrence fatale.

Nous voyons donc quelle a été l'importance de la langue scarlatineuse dans ce cas, langue qui nous a permis d'aiguiller nos recherches vers une complication de la scarlatine et de prescrire ainsi une thérapeutique appropriée.

IV

DE L'IMPORTANCE PROPHYLACTIQUE DE CETTE LANGUE

Nous savons depuis l'expérience de Stickler, qui a inoculé à dix enfants sains le mucus de la gorge et de la bouche de scarlatineux en pleine éruption, que l'agent de contagion réside surtout dans le pharynx, et actuellement on ne considère plus les squames comme contagieuses, à moins toutefois qu'elles soient souillées par les mucosités buco-pharyngées, ce qui expliquerait le cas de transmission par une lettre qu'un scarlatineux en pleine desquamation a occasionné (Sanné).

Or, l'angine et la langue framboisée sont des témoins de l'infection pharyngée par le microbe spécifique de la scarlatine ; aussi, au lieu de compter soigneusement quarante jours d'isolement, ne serait-il pas beaucoup plus logique de suivre l'évolution de la langue. Cet isolement aveugle ne repose en effet sur aucun fait clinique, les squames n'étant pas contagieuses puisque des auteurs avouent n'avoir jamais pu inoculer la scarlatine au singe. Pour cette raison, nous préconisons de « cesser l'isolement dans les jours qui suivent la fin de la scarlatine,

alors que la langue est complètement refaite » (Tissier).

La langue scarlatineuse nous permet de dépister les nombreux cas de scarlatine fruste que nous trouvons particulièrement au début de toutes les épidémies, et qui, passant le plus souvent inaperçus, propagent la scarlatine. La littérature en donne de nombreux exemples : « en 1901, à Poitiers, une épidémie se déclare après avoir longtemps présenté une forme angineuse commune ; à Saint-Mihiel, Paris observa cette même année des néphrites dues à des scarlatines méconnues » (Baur). Ce même auteur a observé de nombreux cas de scarlatine se déclarer chez des angineux soignés comme tels à l'hôpital.

Or, si nous arrivons à diagnostiquer ces multiples cas frustes par les signes buccaux et gutturaux, nous pourrions par l'isolement endiguer ces épidémies dès leur origine.

Certes ces mesures prophylactiques ne peuvent pas toujours être prises en temps utile puisque le maximum de contagiosité est à la période d'invasion, alors que le diagnostic n'est pas encore établi. Mais si nous connaissons bien le premier stade du cycle lingual (langue effilée, rouge sur les bords et la pointe avec desquamation amorcée), nous arriverons à dépister des scarlatines débutantes, ou tout au moins à les suspecter, et nous prescrirons alors un isolement que nous prolongerons suivant l'évolution de la langue.

Du reste combien est importante la statistique de

Cojan qui nous montre qu'une fois sur trois la signature de la scarlatine se trouvera sur la langue avant tout phénomène d'invasion. Dans ces cas l'isolement se fera avant la période d'invasion et nous voyons de suite quelle importance acquiert cette mesure au point de vue prophylactique.

La langue framboisée de la rougeole nous évitera de même bien des causes de contagion.

Ainsi donc, dès que nous décèlerons une langue scarlatineuse à un stade quelconque, nous préconiserons l'isolement qui se prolongera tant que durera le cycle lingual.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée. Léonard de Saint-Paul)

S. A., âgée de 2 ans 1/2.

Etat actuel. — Le 5 janvier, début par céphalée, diarrhée, fièvre.

6 janvier. — Elle a deux crises violentes de convulsions et l'éruption apparaît. On la conduit aussitôt à l'hôpital (7 heures du soir). A ce moment T. 40°.

7 janvier. — Langue presque complètement dépouillée, gorge rouge. Eruption pointillée plus accusée sur les membres. Deux à trois boutons de varicelle sur la face et le tronc.

8 janvier. — Langue framboisée, éruption atténuée. Boutons de varicelle plus nombreux. T. 39°6-38°4.

9 janvier. — La langue devient vernissée. Varicelle dans le même état.

10 janvier. — Eruption disparue. Nouveaux boutons de varicelle.

12 janvier. — Langue et gorge normales, depuis le 9 T. 38°.

13 janvier. — La varicelle se dessèche.

23 janvier. — L'enfant mange à nouveau, n'a jamais eu d'albumine.

25 janvier. — L'enfant sort guéri, n'a jamais présenté de desquamation.

Diagnostic porté : varicelle ayant débuté par un rash scarlatiniforme.

OBSERVATION II (Tissier)

Marie G., 12 ans, entrée salle Barthez le 21 février 1909 avec des troubles gastro-intestinaux et une T. de 38°. Les amygdales sont grosses et rouges, pas d'éruption; mais la

langue rouge sur fond blanc fait penser à la scarlatine. En effet, le 22 et le 23 la langue évolue.

25 février. — Les papilles commencent à apparaître. La gorge à ce moment est vernissée.

28 février. — Langue framboisée, toujours pas d'éruption.

1^{er} mars. — On trouve un peu d'albumine dans les urines.

3 mars. — La langue est guérie.

4 mars. — Desquamation légère des mains et des pieds. L'albuminurie a cessé.

13 mars. — La malade sort guérie.

Donc scarlatine sans éruption mais avec cycle lingual et desquamation.

OBSERVATION III (Tissier)

Paul T., 5 ans, entre salle Rilliet le 16 avril 1908, atteint d'angine diphtérique. On lui injecte 40 cmc. de sérum.

17 avril. — On note une éruption. Le malade n'a pas vomé, la langue est blanche mais la pointe et les bords ne présentent pas la coloration rouge vif particulière à la scarlatine.

L'examen bactériologique montre le bacille de Loeffler.

23 au 25 avril. — Desquamation légère.

4 mai. — Le malade sort guéri.

Donc érythème scarlatiniforme médicamenteux.

OBSERVATION IV (Tissier)

Maria S., 2 ans, entre le 31 mai 1909, salle Barthez. Elle présente des vomissements, du prurit et une température à 39°8. Pas d'éruption.

La gorge rouge. La langue blanche et rouge.

3 juin. — Gorge vernissée : la langue évolue.

6 juin. — La gorge est guérie, la langue est nettement framboisée. Pas d'éruption.

9 juin. — La langue est refaite. Pas de desquamation.

16 juin. — La malade sort guérie.

Donc scarlatine sans éruption ni desquamation mais avec cycle lingual.

OBSERVATION V (Tissier)

Henri E..., 3 ans 1/2, entre le 19 juillet 1909, salle Rilliet
Il a des vomissements, une température à 38°2.

La langue est framboisée, la gorge rouge, vernissée. Pas d'éruption.

11 juillet — Prurit.

13 juillet. — La gorge est guérie, la langue évolue et commence à se refaire. On n'a pas noté d'éruption.

18 juillet. — Le malade sort guéri.

Donc scarlatine sans éruption avec prurit et cycle lingual.

OBSERVATION VI (résumée. Rouèche)

P... René, 6 ans, vient de l'hôpital Hérold au dix-huitième jour d'une scarlatine bénigne.

A l'entrée à Brévannes, le 21 octobre 1911, l'enfant ne desquamait pas. Pendant six jours, apyrexie.

Le 27 octobre au soir, brusquement, T. 38°2.

28 octobre. — Eruption scarlatiniforme rosée peu accentuée, uniforme, existant surtout sur le thorax et l'abdomen. Elle disparaît en quarante-huit heures. La T. redevient normale après une purgation.

La gorge n'a pas été rouge ; la langue n'a rien présenté d'anormal. L'enfant s'amuse deux jours après. Aucune desquamation ; cependant glossite marginée.

Donc érythème scarlatiniforme après une scarlatine.

OBSERVATION VII (inédite. Cojan et R. Moreau)

Léontine C..., âgée de 9 ans, entre le 21 janvier 1921 à la salle Bouillaud pour angine ayant débuté le 18 au soir ; une éruption est apparue le 20 au matin.

Le 21 janvier, on passe la petite malade à la salle Potain, la langue est presque entièrement dépouillée, cependant il persiste un îlot blanchâtre. Foie normal. Peau ichtyosique, présentant une éruption granitée miliaire scarlatiniforme. Au poumon on constate une légère bronchite. Albumine.

L'éruption a disparu et a été suivie de desquamation. Les

trace l'albumine constatées à l'entrée ont également disparu et l'enfant était en convalescence lorsque

Le 2 mars 1921, brusquement la T. monte à 38°6. A l'examen, on constate une angine rouge, de gros ganglions un peu douloureux de l'angle maxillaire, nettement limités et le soir un léger exanthème.

3 mars. — T. 39°2-40°.

L'angine persiste, les amygdales sont grosses et les ganglions très douloureux. La malade aurait accusé un léger écoulement d'oreilles non constaté.

La langue est blanche au milieu, rouge sur les bords, les papilles apparaissent, elles sont très rouges. L'exanthème est nettement scarlatiniforme.

5 mars. — L'angine rétrocede, les ganglions sont moins douloureux, la langue est dans le même état, mais l'ilot blanc est moins étendu. Albumine. T. 37°4-38°.

6 mars. — La langue se desquame sur les bords et le milieu. Les amygdales sont encore grosses et rouges, les ganglions sont dans le même état.

9 mars. — La langue est dépouillée et commence à se vernisser.

14 mars. — La langue est normale. Urines à reflets verdâtres.

La malade est envoyée à Brévannes le 16 avril 1921.

Donc scarlatine avec rechute.

OBSERVATION VIII (Cojan).

P... Yvonne, 12 ans et demi. Entre le 10 février 1921, salle Bouchut, pour vomissements. L'aspect de la langue rouge avec papilles saillantes sur les bords et la pointe fait immédiatement penser à la scarlatine. Ce diagnostic est confirmé par la coexistence d'une angine érythémato-pultacée et l'apparition le lendemain d'une éruption qui ne fut jamais très marquée.

Donc scarlatine diagnostiquée avant toute éruption.

OBSERVATION IX (Personnelle et inédite)

Emile P..., 6 ans 1/2, entre le 20 août 1921 au soir à la salle Roger (douteux) pour fièvre apparue brusquement le jour même, angine rouge avec grosses amygdales présentant quelques exsudats blanchâtres, et un vomissement.

Le soir T. 39°2, pas d'éruption.

Langue effilée, légèrement rouge à la pointe et sur les bords, enduit blanchâtre sur l'autre partie.

Le 21 août au matin, T. 38°4.

Une éruption scarlatineuse est apparue sur le tronc et est particulièrement marquée au pli du coude, aux aisselles et aux plis inguinaux.

Angine et langue dans le même état. Le soir T. 38°2. Urines assez foncées, légèrement iodée q. = 500 cmc. Pas d'albumine, l'enfant est passé à la salle Potain.

22 août. — L'éruption gagne les membres, T. 37°5. Les amygdales sont très rouges ainsi que les piliers, et la luette ; léger exsudat blanchâtre sur les amygdales ; engorgement ganglionnaire.

La langue est rouge sur les bords et la pointe ainsi que la partie médiane formant un W. présentant des papilles saillantes. Dans l'intérieur de ce W. se trouve encore un enduit blanchâtre. Urines iodées, T. le soir 37°4.

23 août. — T. 37°3, l'éruption persiste mais blanchit. Les amygdales sont grosses et rouges mais ne présentent plus d'exsudat, l'engorgement ganglionnaire persiste.

Le W. rouge framboisé s'agrandit et il ne reste plus que deux îlots blanchâtres para médians formant deux V. blancs distincts. Les urines pâlisent.

24 août. — T. 37°1, la langue est dans le même état mais les papilles sont plus nombreuses et plus saillantes. L'éruption a disparu. Les amygdales sont encore grosses mais moins rouges. On distingue encore un léger exsudat à la face antéro-supérieure de l'amygdale droite, l'engorgement ganglionnaire est net mais tend à régresser.

Urines non iodées mais verdâtres.

25 août. — La langue se vernisse, les deux parties blanchâtres para médianes ne sont pas desquamées, les amyg-

dales et l'engorgement ganglionnaire sont dans le même état. Urines verdâtres.

26 août. — La langue continue à se vernisser et est rose jambon, les papilles se recouvrent. Les amygdales sont encore grosses mais moins rouges, l'adénopathie persiste. Urines verdâtres.

28 août. — L'épithélium est presque reconstitué, on distingue encore légèrement les papilles. Urines verdâtres.

30 août. — L'angine a disparu, l'adénopathie régresse. Sur la langue quelques petites papilles sont encore visibles quoique l'épithélium les recouvre. Urines moins verdâtres.

31 août. — L'épithélium est complètement reconstitué. Le petit malade est sorti le 30 octobre complètement guéri.

Donc scarlatine avec cycle lingual légèrement atypique.

OBSERVATION X (inéдите. Cojan, Froment, R. Moreau)

Pierre C..., 8 ans, entre salle Potain, le 21 août 1921, pour fièvre, abattement, courbature et amaigrissement.

Il y a huit jours le petit malade a eu une angine avec fièvre accompagnée d'un vomissement, a été soigné en ville pour embarras gastrique.

A son arrivée, le 21 août, le malade présente de la torpeur, les amygdales sont normales, par contre la langue est dépouillée, framboisée, avec papilles saillantes, T. 38°9.

Pas de point douloureux mastoïdien.

Pas de bubon scarlatineux.

Rien à signaler aux poumons.

A la palpation de l'abdomen on provoque une douleur sous le rebord costal gauche, dans le dos on trouve un point douloureux costo-paravertébral, pas de diarrhée, ni constipation.

Urines iodées, très légères traces d'albumine. T. soir 40 degrés.

22 août. — L'enfant est complètement abattu. T. 38°9. La langue se remplume.

Urines iodées, q.: 250 grammes, mais l'enfant a de la diarrhée. Points douloureux toujours très marqués à la palpation, mais aucune douleur spontanée. Application

de ventouses scarifiées dans la région rénale. T. 39°4 le soir.

23 août. — La langue est seulement rouge sur les bords, l'épithélium recouvre le reste de la langue. Points douloureux identiques. Abdomen douloureux paraissant plus sensible aux points urétéraux. La diarrhée persiste (4 à 5 selles par jour).

Urines iodées q. : 250 cmc. Cylindres granuleux. Urée sanguine : 0 gr. 726, pas d'œdème. T. 38°5-38°9.

25 août. — La langue est identique. Urines iodées, q. : 750 cmc., persistance des points douloureux, la diarrhée a disparu, pas d'angine, quelques râles de bronchite. T. 38°5, 38°9.

26 août. — Pas d'œdème, pas de céphalée, pas de troubles visuels ni oculaires, pas de vomissement ; la diarrhée s'atténue, les matières sont moulées, pous bien frappé, tension au Pachon 11 1/2, 6. Urine : 500 cmc., albuminurie très légère, cylindres granuleux. T. 39 degrés, 39°4.

27 août. — Urines : 250 cmc. T. 38 degrés, 38°6.

28 août. — Urines : 750 cmc., bouillon sale, pas d'œdème. T. 38°4, 38 degrés.

29 août. — Urines 750 cmc., toujours bouillon sale. T. 37°8, 38 degrés.

30 août. — La langue est redevenue normale. Les points douloureux persistent toujours. Les urines sont toujours bouillon sale, q. : 750 cmc. T. 37°2, 37°9. L'enfant est de plus en plus éveillé et s'intéresse aux images.

31 août. — Les douleurs lombaires provoquées diminuent d'intensité. Urée sanguine : 0,42, le malade est au lait coupé d'eau lactosée depuis son entrée.

1^{er} septembre. — Douleurs lombaires à peine marquées. Desquamation de la plante des pieds. Urines claires à l'émission, troubles après vingt-quatre heures.

3 septembre. — Après le sommeil, léger œdème caractérisé par les empreintes des plis du drap au niveau de la face, la racine des cuisses et des fesses.

Depuis cette date, le dosage d'urée sanguine a été d'environ 0,40, par un régime hypoazoté (0,416 le 16 septembre, 0,42 le 7 décembre), de 0,157 le 3 novembre après un régime anazoté, et de 0,75 le 30 septembre après un régime azoté.

L'albuminurie a toujours existé mais était très légère.

Dans le courant du mois d'octobre l'épreuve du bleu de méthylène a donné une élimination un peu retardée (elle a duré jusqu'à la soixante-cinquième heure) et surtout intermittente.

13 décembre. — Le malade, toujours à l'hôpital, présente un peu d'albumine dans ses urines.

Donc diagnostic rétrospectif de scarlatine sur l'aspect de la langue, avec néphrite urémigène.

OBSERVATION XI (personnelle et inédite)

Raymonde B..., 6 ans 1/2, entrée le 23 août 1921, à la Salle Potain pour angine rouge, vomissement et fièvre. Eruption aux plis du coude et aux plis inguinaux.

24 août. — Langue rouge sur la pointe et les bords, enduit blanchâtre sur l'autre partie, éruption scarlatineuse marquée sur le front; l'angine est dans le même état, urines normales.

25 août. — Langue sensiblement dans le même état, l'éruption blanchit.

26 août. — Urines normales, quelques traces d'éruption aux plis inguinaux; la langue est plus desquamée, les papilles sont saillantes mais la langue est rose; l'enduit blanchâtre médian persiste.

27 août. — La desquamation de la langue n'a pas progressé, sa couleur est rose et l'épithélium se reforme, mais les papilles sont encore saillantes, l'enduit blanchâtre est identique et persiste. Urines verdâtres.

28 août. — L'épithélium est presque reconstitué, on note son aspect de finesse, les papilles sont encore visibles. Urines vertes.

29 août. — La langue est redevenue normale. Les urines sont encore verdâtres mais tendent vers la normale.

11 septembre. — Desquamation.

Les urines n'ont jamais été albumineuses et l'enfant est sortie guérie le 23 novembre 1921.

Donc scarlatine dont le cycle lingual est atténué.

OBSERVATION XII (personnelle et inédite)

Louis G..., 5 ans, entre Salle Moutard le 8 septembre 1921, pour fièvre depuis la veille au matin et perte d'appétit. Pas de vomissement ni d'angine antérieurs. La mère n'a pas remarqué d'éruption.

8 septembre. — Eruption nettement scarlatineuse, seulement décelable aux plis du coude, sur 10 centimètres au-dessus et 10 centimètres au-dessous, aux plis inguinaux. Langue complètement desquamée, framboisée, à papilles saillantes et se vernissant quelque peu sur la ligne médiane. Les amygdales sont légèrement tuméfiées et, rouges avec quelques points d'exsudat non diphtérique. Urines iodées, pas d'albumine, 20 centimètres cubes de sérum de Roux.

9 septembre. — L'éruption pâlit un peu et a toujours la même localisation. L'épithélium continue à se régénérer. Les amygdales sont dans le même état.

10 septembre. — L'éruption n'est plus visible que dans les régions inguinales. Urines verdâtres.

11 septembre. — L'éruption a disparu, ligne de Pastia aux plis du coude. La langue continue à se vernisser de plus en plus de la ligne médiane à la périphérie. Papilles encore saillantes sur les bords. L'angine a disparu. Urines verdâtres.

13 septembre. — La langue est guérie.

Le malade est encore à l'Hôpital le 13 décembre 1921, il a toujours eu un peu de fièvre (38° environ) et une légère albuminurie.

Donc scarlatine dont le cycle lingual était en avance sur l'exanthème.

OBSERVATION XIII (personnelle et inédite)

Roger G..., 6 ans 1/2, entre Salle Moutard le 8 septembre 1921, pour céphalée, perte d'appétit et fièvre depuis la veille au matin. Pas de vomissement. La mère n'a pas remarqué d'éruption et la malade ne se plaint pas de la gorge.

A l'examen, amygdales légèrement rouges, langue complètement desquamée, framboisée avec papilles saillantes.

Eruption scarlatineuse sur le thorax, les jambes et la face, 20 centimètres cubes de Roux. Pas de fièvre.

9 septembre. — Urines normales, pas d'albumine. La langue se vernisse déjà sur la ligne médiane, partout ailleurs aspect framboisé avec papilles saillantes. Les amygdales sont dans le même état que la veille. L'éruption pâlit quelque peu.

10 septembre. — Langue identique. L'éruption persiste sur le thorax, aux plis inguinaux, aux plis du coude, éruption miliaire, vésiculaire aux deux régions olécraniennes, Urines claires verdâtres.

11 septembre. — La langue continue à se vernisser, quelques papilles subsistent sur les bords. Eruption encore marquée aux plis du coude et inguinaux. Sur le thorax l'éruption est très pâle. Aux régions olécraniennes l'éruption a un caractère nettement scarlatineux. Plus d'angine, urines verdâtres.

12 septembre. — L'éruption a disparu, sauf aux plis du coude, aux régions olécraniennes et aux plis inguinaux. La langue a repris son aspect normal.

14 septembre. — Plus d'éruption, pas d'albumine.

18 septembre. — Eruption sérique.

Le malade est sorti le 13 novembre 1921 complètement guéri.

Donc scarlatine dont le cycle lingual est en avance sur l'exanthème.

CONCLUSIONS

1° La langue de la scarlatine a donc un cycle évolutif très net comprenant quatre stades. Tout d'abord la langue est allongée, rouge vif sur les bords et la pointe, alors que le dos est recouvert d'un enduit blanchâtre ; puis ce dépôt tombe d'avant en arrière. La langue se desquame petit à petit pour être totalement dépouillée à la fin de la première semaine. Cet état framboisé dure quatre jours environ, puis la langue cesse d'être pointue et se vernisse pour reprendre son aspect normal vers le quinzième jour.

Ce cycle lingual est enfin parallèle à l'éruption ou en avance sur celle-ci dans un tiers des cas.

2° Cette langue est suffisamment typique pour qu'il n'y ait aucune confusion avec :

La langue vermineuse de l'ascaridiose et de l'oxyurose, qui présente un épithélium normal entre les papilles fongiformes rouges et saillantes.

La langue de la fièvre typhoïde, de la rougeole, qui ne présentent que rarement des papilles saillantes.

La glossite exfoliatrice marginée exceptionnellement desquamée dans sa totalité et présentant les divers stades de prolifération, desquamation et régénération épithéliale.

3° Cette langue a une grande importance clinique.

Elle nous permet de ne pas confondre la scarlatine avec les érythèmes scarlatiniformes (infectieux, streptococciques ou pyohémiques, médicamenteux), les rashes scarlatiniformes ; de déceler des scarlatines frustes avec ou sans exanthème qui ne présentent pas toutes le cycle lingual complet, et dans un tiers des cas de la diagnostiquer précocement avant toute éruption, même avant tout phénomène d'invasion.

Enfin elle nous permet de diagnostiquer rétrospectivement une scarlatine méconnue, scarlatine particulièrement néfaste lorsqu'elle est compliquée d'une néphrite urémigène latente sans albumine.

4° La langue scarlatineuse a enfin une grande importance prophylactique par suite de son importance clinique. Elle nous décèle la contagion possible et nous oblige à prendre toutes les mesures hygiéniques nécessaires dès qu'un malade présente un stade quelconque du cycle lingual.

Vu : le président de la thèse,
P. NOBÉCOURT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer.
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPEL

BIBLIOGRAPHIE

Apert. — Précis des Maladies des Enfants.

Baur (Franz-Louis). — Etude sur la scarlatine. Clinique, Thérapeutique, Epidémiologie. Th. Lyon, 1908-1909.

Benard (René). — Le foie scarlatineux. Th. Paris, 1910-1911.

Branca. — Précis d'histologie.

Cacaud. — De l'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant. Th. Paris, 1897.

Clément, Roueche et Sorel. — Deux nouveaux cas de réitération de scarlatine (Médecine infantile, 1913).

Cojan (N.). — L'état de la langue de la scarlatine au moment de l'éruption (Médecine infantile, 1921).

Comby. — Traité des maladies de l'enfance.

— Les rashes de la varicelle (Arch. de Méd. des Enfants, février, 1919).

Couillaud (François). — Le signe de la langue. Contribution à l'étude clinique de l'ascaridiose et de l'oxyurose. Th. Paris, 1919-1920.

Dumas (Paul). — La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant l'année 1908. Th. Paris, 1908-1909.

Escherich et Schick. — « Scharlach » Hoeldes. Leipzig, 1912.

Henry (Narcisse). — Contribution à l'étude des rechutes de la scarlatine. Th. Paris, 1904-1905.

Hutinel. — Leçon sur l'association de la rougeole et de la scarlatine (Paris médical, 1911).

Hutinel et Martin (Louis). — Les maladies des enfants, t. I. Les fièvres éruptives.

Janin de Saint-Just. — Dictionnaire abrégé des Sciences médicales.

Jeanselme. — Etude sur les fausses rechutes, les rechutes et les récidives de la scarlatine (Arch. génér. de Méd., juin-juillet 1892).

- Julhe (Louis)*. — L'association de la rougeole et de la scarlatine chez l'enfant. Son pronostic. Th. Paris, 1919-1920.
- Kauffmann (René)*. — L'appendice dans la scarlatine. Th. Paris, 1907-1908.
- Labbé (M.)*. — Les vers intestinaux dans la pathologie du tube digestif (Médecine infantile, 1921)
- Lesage (A.)*. — La scarlatine. Masson éditeur.
- Lettry (Jean)*. — Les rechutes de la scarlatine. Th. Paris, 1907-1908.
- Moizard*. — Traité des maladies de l'enfance in Grancher et Comby.
- Mussy*. — Thèse de Paris.
- Nobécourt*. — Précis de Médecine des Enfants.
- Pau (Gaston-Francois-Joseph)*. — Des urines dans la scarlatine ; leurs principaux caractères. Th. Paris, 1893-1894.
- Roueche (H.)*. — Neuf cas d'éruptions scarlatiniformes secondaires, tardives chez des enfants convalescents de scarlatine. Th. Paris, 1911-1912
- Roueche*. — Les réitérations de la scarlatine (Médecine infantile, 1920).
- Saint-Paul (Léonard de)*. — Etude de 300 cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades. Th. Paris, 1904-1905.
- Saint-Philippe*. — Revue des maladies de l'enfance, février 1890.
- Stickler*. — Medical Record, 9 septembre 1889.
- Strumpell*. — « Lehr. der spec. Patholog. und Trapie ».
- Taupin*. — Th. Paris, 1839.
- Tissier (Henri)*. — L'appareil digestif dans la scarlatine. Th. Paris, 1910-1911.
- Trousseau*. — Cliniques.
- Vladimirov*. — Semaine médicale, 25 avril 1911.
- Wurtz*. — Article scarlatine dans le Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5332-21
